

Bericht zur Jahrestagung der Patientenbeteiligung NRW 2022

In der Kommune geht was!

Kommunale Patientenvertretung stärken



Inhalt

Einleitung.....	3
Workshop-Phase	4
Ergebnispräsentation	6
Workshop I: Themen kommunaler Patientenvertretung.....	6
Workshop II: Erfolgsfaktoren für die kommunale Patientenvertretung.....	9
Workshop III: Engagierte für das kommunale Ehrenamt gewinnen	11
Workshop IV: Krankenhausplanung kommunal bearbeiten	13
Vortrag: Patienteninteressen wirksam politisch vertreten.....	15
Diskussion	18
Ausblick	22

Jahrestagung Patientenbeteiligung NRW

- Thema: In der Kommune geht was! Kommunale Patientenvertretung stärken
- 18. November 2022 im Dortmunder Reinoldinum
- 50 Teilnehmende vor Ort und via Livestream

5 Gesundheitsthemen, die in vielen NRW-Kommunen von Patientenvertreter*innen diskutiert werden:

- Entlassmanagement im Krankenhaus
- Ärztemangel
- Einsamkeit
- Barrierefreiheit
- Notwendigkeit der Vernetzung



5 wichtige persönliche Voraussetzungen für das Engagement als kommunale Patientenvertreter*in:

- gesundes Selbstvertrauen
- teamorientiertes Arbeiten
- Gremienwissen
- „groß denken können“
- eigene Position definieren

Krankenhausreform NRW: Kommunales Stellungnahmerecht nutzen und Informationen einfordern!

5 wichtige Rahmenbedingungen für die kommunale Patientenvertretung:

- transparente Beteiligungsrechte
- Trennung von Kommunalen Gesundheitskonferenz und Konferenz Alter und Pflege
- Kultur des Miteinanders
- Aufwandsentschädigungen
- Ansprechpartner*innen vor Ort



Prof. Benjamin Ewert (Hochschule Fulda):

- fehlendes Mitentscheidungsrecht von Patientenvertreter*innen ist ein demokratiethoretischer Wermutstropfen – Patientenbeteiligung bleibt jedoch bis dato eine Erfolgsgeschichte
- notwendig: erweitertes Beteiligungsverständnis abseits der Gremien und neue Kooperationen

Gewinnung neuer Patientenvertreter*innen durch:

- Offenheit gegenüber Themen der Selbsthilfe
- teamorientiertes Arbeiten
- transparente Informationen zu den Gremien
- offen zugängliche Kontaktdaten der Ansprechpartner*innen
- ehrenamtsfreundliche Sitzungstermine
- interaktive Sitzungen

Workshop-Phase

Auf den fünf Regionalkonferenzen in den Regierungsbezirken von NRW wurden verschiedenste Themen diskutiert, die die Patientenvertreter*innen vor Ort beschäftigen: Der Klimawandel und die Folgen für das Gesundheitswesen, der Mangel an Psychotherapeut*innen, das Entlassmanagement in Krankenhäusern und vieles mehr. Der digitale Workshop *Themen kommunaler Patientenvertretung* beschäftigte sich mit den thematischen Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den Regionen, um NRW-weite Trends aufzudecken.



Abbildung 2: Heike Trapphoff, Online-Moderatorin des Workshops



Abbildung 3: Teilnehmende des Online-Workshops

Wie schaffe ich es, in kommunalpolitischen Gremien meine Themen erfolgreich zu platzieren? Diese Frage stellten sich auch die Teilnehmenden der Regionalkonferenzen. Hierbei wurden viele gute Vorschläge benannt, die die Patientenvertreter*innen vor Ort unterstützen können. Der digitale Workshop *Erfolgsfaktoren für die kommunale Patientenvertretung* diskutierte die entsprechenden Vorschläge und entwickelte diese weiter, um den Patientenvertreter*innen in Zukunft eine praxisnahe Handreichung mit auf dem Weg zu geben.

Häufig sind in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen und den Konferenzen Alter und Pflege die Plätze der Patientenvertreter*innen unbesetzt, wofür es unterschiedliche Gründe gibt. Auf den fünf Regionalkonferenzen erörterten die Teilnehmenden anhand ihrer eigenen Erfahrungen, wie Engagierte für die Gremienarbeit gewonnen werden können. Die Koordinierungsstelle hat die Möglichkeiten des Empowerments zusammengefasst. Der Präsenz-Workshop *Engagierte für das kommunale Ehrenamt*



Abbildung 4: Workshop-Teilnehmende

gewinnen reflektierte die Ergebnisse und ergänzte sie durch eigene Vorschläge, woraus in Zukunft konkrete Handlungsempfehlungen für die Praxis abgeleitet werden können.



Abbildung 5: Workshop Krankenhausplanung

Ein immer wieder angesprochenes Thema auf den Regionalkonferenzen war die Krankenhausplanung. Doch welche Kompetenzen besitzen die Kommunen in der Entscheidungsfindung? Der Präsenz-Workshop *Krankenhausplanung kommunal bearbeiten* erörterte, wie die Krankenhausplanung kommunal diskutiert wird und wo Bedarfe existieren. Ziel des Workshops war es, Handlungsmöglichkeiten in der Krankenhausplanung für die kommunale Patientenvertretung aufzuzeigen und diese anschließend den anderen Tagungsteilnehmenden zu präsentieren.

Ergebnispräsentation

Nachdem sich die Vor-Ort-Teilnehmenden in einer Mittagspause stärken konnten, wurden die Anwesenden von Dr. Sabine Schipper (DMSG NRW) begrüßt, die durch die Nachmittagsveranstaltung führte. Es sei erfreulich, wieder vor Ort zusammenzukommen und gleichzeitig die digitalen Möglichkeiten nutzen zu können, so die Moderatorin, die auch der anwesenden Patientenbeauftragten von NRW, Claudia Middendorf, zur erneuten Ernennung gratulierte. Nach der Begrüßung präsentierten die Workshop-Moderator*innen die Ergebnisse ihrer Workshops den anderen Teilnehmenden.



Abbildung 6: Dr. Sabine Schipper, DMSG NRW

Workshop I: Themen kommunaler Patientenvertretung

Heike Trapphoff (Selbsthilfekontaktstelle Rhein-Sieg-Kreis/Oberbergischer Kreis), die zusammen mit Carsten Ohm (VdK NRW) den Workshop am Vormittag moderiert hatte, benannte bei der Vorstellung der Ergebnisse fünf Themen, die in allen oder den meisten Regionalkonferenzen von den Teilnehmenden eingebracht und als wichtig bewertet wurden:

1) *Krankenhausentlassmanagement und Case-Management*

Das Krankenhausentlassmanagement beschäftige kommunale Patientenvertreter*innen schon seit Jahren. Die, so wörtlich, „blutigen Entlassungen“ offenbarten, dass die Krankenhäuser nicht wüssten, wie ein gutes Entlassmanagement, also die Sicherstellung der weiteren Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt, funktioniere. So dürfe das Case-Management – der generelle Umgang mit den Patient*innen während des Krankenhausaufenthaltes – nicht gestaltet sein. Es sei jedoch schwierig, das Thema auf kommunaler Ebene anzugehen, da laut Heike Trapphoff die Verantwortung für das Entlassmanagement bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liege, weshalb sich in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen Resignation ausbreite. Daher sei es wichtig, die Ergebnisse der Jahrestagung an die Presse weiterzugeben. Die Politik müsse ein Machtwort sprechen. Es sei offensichtlich, dass aufgrund der profitorientierten Ausrichtung der Krankenhäuser das Entlassmanagement nicht gelinge. In den Gremien der Patientenvertretung müsse ein Strategiepapier zur Stärkung eines patientenorientierten Entlassmanagements geschnürt werden. Die Landesgesundheitskonferenz solle Modellprojekte guter Erfahrungen aufzeigen, um

der generellen Unzufriedenheit der Patient*innen, aber auch der Krankenhäuser und des Personals, entgegenzuwirken.

2) (Fach-)Ärzte- und Psychotherapeutenmangel

Das Problem des Ärztemangels zeige sich nicht nur auf dem Land: Auch Ballungszentren seien zunehmend von Versorgungsengpässen bei der ambulanten Versorgung betroffen. Das Problem werde dramatischer, wenn die Baby-Boomer bald in Rente gingen. Alle bisherigen Maßnahmen reichten nicht aus, auch wenn viele Akteur*innen auf die Gesundheitskioske setzten und die Selbsthilfegruppen teilweise den Ärztemangel kompensierten. Generell müsse man „flexibler mit dem Gesamtsystem umgehen“.

3) Einsamkeit

Einsamkeit als Phänomen finde sich in allen gesellschaftlichen Schichten: Junge und alte Menschen, auf dem Land und in der Stadt, insbesondere aber auch bei psychisch Kranken und Suchtkranken. Laut Heike Trapphoff liegt der Anteil an Single-Haushalten in Deutschland bei vierzig Prozent, wodurch das Risiko zur Vereinsamung zunehme. Das Thema könne gut auf kommunaler Ebene aufgegriffen werden, weil hier konkrete Sozialangebote entwickelt werden könnten.

4) Barrierefreiheit im Gesundheitswesen

In manchen Kommunen seien bereits Inklusionsbeiräte geschaffen worden, die auf bestehende Barrieren hinwiesen, was laut Heike Trapphoff eine positive Entwicklung sei. Diese sollten sich bei den Stellungnahmeverfahren zur Krankenhausplanung dafür einsetzen, dass nur diejenigen Krankenhäuser Gelder erhalten, die barrierefrei aufgestellt sind. Für die Barrierefreiheit seien viele Akteur*innen im Gesundheitswesen nicht ausreichend sensibilisiert: In Arztpraxen sei zwar vorgesehen, dass diese „irgendwann barrierefrei werden“, auch sei es möglich, sich vorab telefonisch zu erkundigen, ob eine Praxis barrierefrei sei. Problematisch sei jedoch, dass das Personal nicht geschult sei und medizinische Fachangestellte Barrieren übersehen würden. Nicht nur im Gesundheitswesen sei die Barrierefreiheit kaum gewährleistet: Bei Mobilitätsangeboten und Freizeitgestaltung (z.B. der Gang ins Restaurant) müsse ein Mentalitätswandel angestoßen werden. Dieser dürfe nicht nur mobilitätsbezogene Barrieren berücksichtigen, sondern müsse auch Barrieren für psychisch Kranke, Blinde und Hörgeschädigte mitdenken. Ähnlich der Bekämpfung der Einsamkeit könne auch hier kommunal gegengesteuert werden: Zum Beispiel könnten Fortbildungen für Busfahrer*innen angeboten werden, um diese für die Barrierefreiheit zu sensibilisieren.

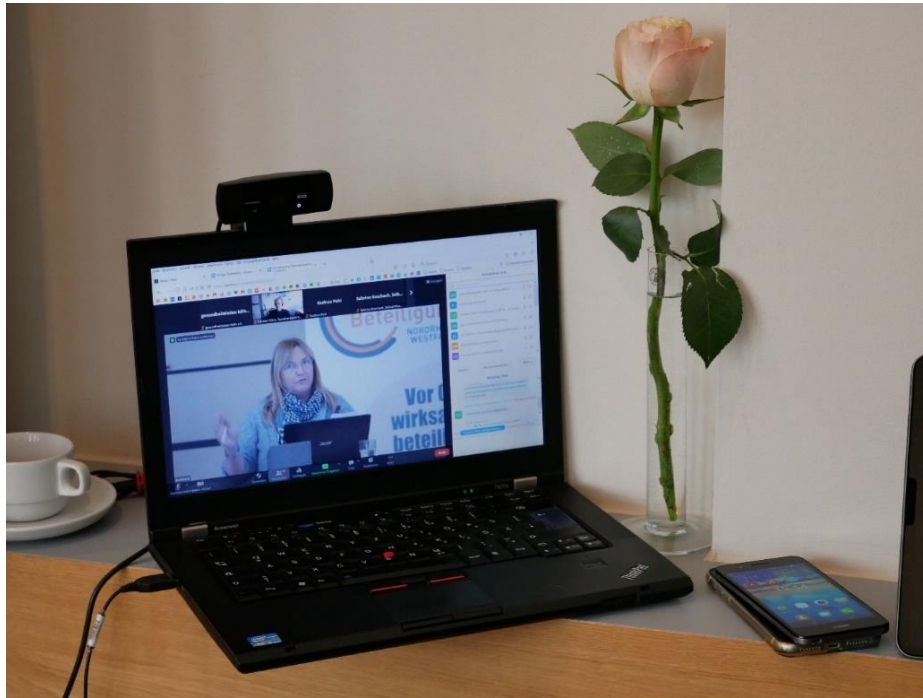


Abbildung 7: Heike Trapphoff – hier aus Sicht des Livestreams

5) Vernetzung im Gesundheitswesen unter Einbeziehung der Selbsthilfe

Heike Trapphoff machte in der Ergebnispräsentation darauf aufmerksam, dass es für viele der benannten Probleme Lösungen gebe; diese aber nicht bekannt seien, weil es an Austausch fehle. Es brauche daher mehr Arbeitskreise vor Ort, bei denen insbesondere der Selbsthilfe eine wichtige Bedeutung zukomme.

Themenspeicher: Veränderungen Pflege- und Versorgungslandschaft

Ein ebenso relevantes Thema sei der Bedarf an Pflegepersonal, was auf kommunaler Ebene in den Pflegekonferenzen behandelt werde. Aufgrund des Fokus der Regionalkonferenzen auf die kommunalen Gesundheitskonferenzen habe das Thema jedoch nicht so stark im Mittelpunkt gestanden.

Workshop II: Erfolgsfaktoren für die kommunale Patientenvertretung

Lisa Jacobi (LAG Selbsthilfe NRW) moderierte gemeinsam mit Günter Hölling (Gesundheitsladen Bielefeld) den Workshop *Erfolgsfaktoren für die kommunale Patientenvertretung*. Letzterer präsentierte die Ergebnisse des Workshops. Themen des Workshops waren die persönlichen Voraussetzungen und unterstützenden Rahmenbedingungen, die benötigt werden, um die Interessen der Patient*innen erfolgreich in den gesundheitspolitischen Gremien zu platzieren. Hierfür wurden die Vorschläge aus den Regionalkonferenzen priorisiert und durch eigene Vorschläge ergänzt (s. dazu auch Anhang). Der Workshop empfahl, mit den Ergebnissen eine Broschüre zu entwickeln und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Die wohl wichtigste persönliche Voraussetzung sei ein gesundes Selbstvertrauen: Man müsse Fehlentwicklungen in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen benennen und eigene Positionen durchsetzen können. Dies dürfe jedoch nicht in ein „krankes“ Selbstvertrauen ausarten, das sich durch mangelndes Reflexionsvermögen auszeichne. Ebenso wichtig sei teamorientiertes Arbeiten, denn Patienteninteressen vertrete man nicht alleine. Um konstruktiv Kritik äußern zu können, benötige es auch des Wissens über die Gremienzusammensetzungen und die Arbeit der Gremien. Viele Patientenvertreter*innen engagierten sich aus der eigenen Betroffenheit heraus. Allerdings sei es notwendig, diese hinter sich zu lassen und „groß denken“ zu können. So würden auch andere Perspektiven der Patient*innen berücksichtigt werden. In diesem Kontext müsse man sich auch der Position klar sein, die man vertrete.

Neben den individuellen Fähigkeiten diskutierten die Teilnehmenden des Workshops auch die notwendigen Rahmenbedingungen, die für eine gelingende Patientenvertretung benötigt würden: Gegenüber den Patientenvertreter*innen müssten die Beteiligungsrechte in den verschiedenen Gremien transparent kommuniziert werden. Außerdem wurde die Verknüpfung von Kommunalen Gesundheitskonferenz und der Konferenz Alter und Pflege infrage gestellt: In manchen Kommunen werden beide Gremien zusammengelegt. Dies führe jedoch dazu, dass für viele Themen nicht ausreichend Zeit zur Verfügung stehe.

Zur Sicherstellung der Rahmenbedingungen als auch der Unterstützung der Patientenvertreter*innen seien „Kümmerer“ notwendig, die als direkte



Abbildung 8: Günter Hölling (Gesundheitsladen Bielefeld)

Ansprechpartner*innen der Patientenvertreter*innen benannt werden müssten und die im Idealfall bereits aktive Patientenvertreter*innen sind. Die Koordinierungs- und Vernetzungsstelle könnte hierzu eine Datenbank mit den Kontaktpersonen in den Kommunen erstellen. Von den Ansprechpartner*innen müsse zudem eine Kultur des Miteinanders im Rahmen der Patientenbeteiligung gepflegt werden. Hierbei müsse geklärt werden, wie diese konkret ausgestaltet werden könnte und wer sie definiere. Sofern rechtlich umsetzbar, sollte zudem für die Patientenvertreter*innen eine Ehrenamtspauschale wie auch Fahrtkostenerstattung sichergestellt werden.

Workshop III: Engagierte für das kommunale Ehrenamt gewinnen

Anne Kaiser (KOSKON NRW) und Bernd Hoerber (Selbsthilfeakademie NRW) moderierten den Workshop *Engagierte für das kommunale Ehrenamt gewinnen*, der sich mit der Frage beschäftigte, wie neue Patientenvertreter*innen für die gesundheitspolitischen Gremien in den Kommunen gewonnen werden können. Hierzu setzte sich der Workshop zunächst damit auseinander, warum sich jemand überhaupt in den kommunalen Gremien engagieren möchte. Wie müsste also eine Kommunale Gesundheitskonferenz gestaltet sein, damit sie auch attraktiv für Interessierte ist? Hierzu war im Workshop zu Beginn ein Austausch darüber nötig, wofür Kommunale Gesundheitskonferenzen zuständig sind. Der Workshop würde die Veröffentlichung solcher Informationen in Zukunft durch die Koordinierungsstelle begrüßen.



Abbildung 9: Anne Kaiser (KOSKON NRW)

Damit neue Patientenvertreter*innen gewonnen werden können, brauche es einladender Rahmenbedingungen. Eine Kultur des Miteinanders müsse gepflegt werden, in der Interesse, Wertschätzung und Respekt zum Ausdruck kommen. Um Wirksamkeitserfahrungen zu verbessern, müssten die Gremien offen für die Themen der Selbsthilfe sein, die beispielsweise vor den Gremiensitzungen durch die Geschäftsstellen aktiv abgefragt werden könnten. Daher sollten die Tagesordnungen nicht zu starr sein; z.B. könne man statt einer festen Tagesordnung Platz für aktuelle Themen bereithalten. Es müsse sichergestellt werden, dass auch in Krisenzeiten, wie zuletzt in der Covid-Pandemie, die Kommunikationskanäle der Patient*innen und Selbsthilfe garantiert werden. Darüber hinaus sei es wichtig, dass die Gremien eine einfache, verständliche Sprache verwendeten bzw. Fachbegriffe erklärten. Die Sitzungstermine sollten „ehrenamtsfreundlich“ gelegt werden. Um das Interesse zu wecken, müssten die Sitzungen interaktiv gestaltet sein, Pausen für den Small Talk zwischendurch müssten sichergestellt werden. Auch sollten Patientenvertreter*innen nicht alleine in die Gremien entsendet werden: Um Unsicherheiten zu nehmen und sich ergänzen zu können, sollten diese immer mit mehreren Patientenvertreter*innen auftreten.

Damit potentielle Patientenvertreter*innen auf die Gremien aufmerksam werden, bedürfe es frei zugänglicher Informationen zu den Gremien. Ein Newsticker auf der Website der Stadt, z.B. zur Kommunalen Gesundheitskonferenz, könnte dazu beitragen, die Gremien sichtbarer zu machen. Hierfür sei es jedoch obligatorisch, die Ergebnisse einer großen Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Ansprechpartner*innen in der Politik, Verwaltung,

aber auch der Selbsthilfe und der Patientenvertretung müssten mit Kontaktdaten bekannt gemacht werden.

Der Workshop diskutierte abschließend, wer vor Ort dazu beitragen könne, Patientenvertreter*innen zu finden. Mögliche Akteur*innen sind

- das Gesamttreffen der Selbsthilfe-Kontaktstellen vor Ort
- die kommunalen Ehrenamtsbeauftragten
- die kommunalen Freiwilligenagenturen
- die Stadtverwaltung (durch barrierefreie Website und gute Social Media Auftritte)
- die kommunalen Behindertenbeauftragten
- die Koordinierungs- und Vernetzungsstelle Patientenbeteiligung NRW zur Unterstützung der Selbsthilfe-Kontaktstellen

Workshop IV: Krankenhausplanung kommunal bearbeiten

Laut Gregor Bornes (Patientenbeteiligung NRW), der gemeinsam mit Kerstin Lohmann (Gesundheitsselbsthilfe NRW) den Workshop *Krankenhausplanung kommunal bearbeiten* moderierte, beschäftige die Krankenhausplanung derzeit alle. Grund hierfür seien die Pläne von Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU), der bereits in der vergangenen Legislaturperiode eine Umstrukturierung der Krankenhausplanung auf den Weg gebracht hat.

Bei einem Austauschtermin mit dem Minister im Jahr 2020 hatten die Patientenvertreter*innen eine stärkere Einbindung gefordert. Der Gesundheitsminister hatte daraufhin der Patientenbeauftragten der Landesregierung ermöglicht, einen zusätzlichen Sitz im Landesausschuss Krankenhausplanung an die Patientenvertretung NRW zu vergeben. Hierbei zeigte sich den involvierten Patientenvertreter*innen, dass das Thema sehr komplex ist.

Die neue Krankenhausplanung konkretisierte sich laut Gregor Bornes in den Kommunen, wo sich die Krankenhäuser neu aufstellen mussten. Daher besäßen die Kommunen auch ein Stimmrecht in der Krankenhausplanung. Derzeit führen Krankenkassen und Krankenträger Verhandlungen darüber, wie die einzelnen Krankenhäuser in Zukunft an der Versorgung teilnehmen dürfen. Laut neuer Krankenhausplanung werden in Zukunft Krankenhäuser mit einer bestimmten



Abbildung 10: Gregor Bornes (Patientenbeteiligung NRW)

Behandlungsanzahl konkret beauftragte (Stichwort: Leistungsgruppen und -bereiche). Die bloße Anzahl der Betten ist so nicht mehr entscheidend.

Doch wie kann eine Kommune Stellung beziehen, wenn ein transparenter Vergleich zur Situation vor der Umstellung kaum möglich ist? Die Kommunen seien laut Workshop-Teilnehmenden keine gleichberechtigten Verhandlungspartner, wesentliche Informationen fehlten. Somit seien die Ergebnisse der Verhandlungen eine Black-Box, die sich durch die rechtlichen Grundlagen nur theoretisch erschließen lasse. Dieses Informationsdefizit müsse man angehen.

Der Workshop war personell sehr vielfältig aufgestellt: Selbsthilfe-Aktive, Mitarbeitende der Selbsthilfe-Kontaktstellen und Gesundheitsämter wie auch Mitglieder der Landesseniorenvertretung aus ganz NRW berichteten von ihren Erfahrungen mit der kommunalen Krankenhaussituation. Dabei habe sich herausgestellt, dass viel Wissen dazu vorliege, wo man sich gut behandeln lassen könne. Die Vernetzung sei ein wichtiges Mittel,

um einen guten Überblick zur regionalen Versorgung zu erhalten. Eine immer wieder auftretende Hürde sei der Umgang mit den persönlichen Daten von Patient*innen. Einige Krankenhäuser verweigerten die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe, indem sie vorgeben würden, keine Daten weiter geben zu dürfen. Dies könne man aber leicht umgehen, wenn die Mitarbeitenden des Krankenhauses Informationen der Selbsthilfe an die Patient*innen weiterleiten. So könnten sich die Patient*innen dann selbst entscheiden, ob sie Kontakt aufnehmen. Eine andere Möglichkeit, sich Patient*innen bekannt zu machen, sind Informationsveranstaltungen im Krankenhaus.

Vortrag: Patienteninteressen wirksam politisch vertreten

Nach der Präsentation der Ergebnisse, die insbesondere von den praktischen Erfahrungen der Teilnehmenden geprägt waren, ermöglichte Prof. Dr. Benjamin Ewert durch seinen Vortrag *Patienteninteressen wirksam politisch vertreten* einen theoretischen Blick auf die Patientenbeteiligungsstrukturen. Er lehrt und forscht an der Hochschule Fulda zur Politik für Gesundheitsberufe und promovierte 2012 zur Rolle von Patient*innen als Nutzer*innen im Gesundheitswesen. Sein Vortrag wurde von der Koordinierungs- und Vernetzungsstelle durch eine Mentimeter-Abfrage der Teilnehmenden eingeleitet. Diese sollten ihre Assoziationen zur Patientenvertretung über das Online-Tool eingeben (s. Abbildung 11).



Abbildung 11: Ergebnis Mentimeter-Abstimmung

Das Stichwort „David vs. Goliath“ wurde von Herrn Ewert aufgegriffen: In seinem Vortrag erörterte er die Rolle der Patientenvertretung gegenüber den Ärztevertretungen und Krankenversicherungen, die sich durch eine asymmetrische Dreiecksbeziehung auszeichne. Daher sei der zynische Witz, Patient*innen stünden im Mittelpunkt des deutschen Gesundheitswesens – und dort im Weg, wohl aus Sicht der starken Akteur*innen inhaltlich korrekt. Zwar sei die Patientenbeteiligung inzwischen auf allen föderalen Ebenen etabliert, jedoch hätten die Patientenvertreter*innen im Regelfall kein Stimmrecht und gegenüber den anderen Akteur*innen den Nachteil, nur schwach organisiert zu sein.

Dennoch sei die Patientenbeteiligung eine historische Erfolgsgeschichte. Durch die Patientenbeteiligungsverordnung und die Stabsstelle Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) seien die Patient*innen „vom Objekt zum Subjekt“ geworden. Diese Meilensteine seien wegen der Komplexität des Gesundheitswesens und des teils immer

größer werdenden medizinischen Wissens auch notwendig gewesen. Die konkreten Erfolge sehe man auch in der Vielzahl an Gremien, in denen sich die Patientenvertreter*innen einbringen könnten. Wie sich in den Workshops gezeigt habe, besitzen Patientenvertreter*innen auf kommunaler Ebene in den Gesundheitskonferenzen zwar im Gegensatz zu den oben genannten Gremien ein Stimmrecht, jedoch könne das Gremium als solches am Ende nur eine Empfehlung abgeben. Dennoch sei die Möglichkeit des sogenannten „Agenda-Settings“ begrüßenswert.

Die ausbleibenden Entscheidungsrechte jedoch seien aus demokratietheoretischer Perspektive schwierig – insbesondere wegen der Ungleichheit zu den Akteur*innen, die ein Stimmrecht besitzen. Allerdings gebe es auch viele Patientenvertreter*innen, die die Mitsprache als ausreichend empfinden würden. Und nicht nur Patientenvertreter*innen sind mit der Situation zufrieden: Viele Betroffenen- und Beratungsorganisationen, die sich für Patient*innen politisch einsetzten, seien der aktuellen Regelung wohlgesonnen, weil sie befürchteten, eigene Einflüsse auf die Gesundheitspolitik zu verlieren. Dennoch würden sie zeitgleich die Interessen von Patient*innen stärken, wie sein Forschungskollege Thomas von Winter in einer Analyse der Stellungnahmen von patientenfürsprechenden Organisationen zu verschiedenen Gesetzesentwürfen darlegen konnte.¹



Abbildung 12: Prof. Dr. Benjamin Ewert (Hochschule Fulda)

Benjamin Ewert plädierte in seinem Vortrag dafür, zur Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung den Begriff der Partizipation auszuweiten: Nicht nur die Gremienarbeit sei eine Möglichkeit der Einflussnahme, auch Lobbyarbeit, Petitionen und eine gute Öffentlichkeitsarbeit schufen Einfluss. Hier sei insbesondere der lokale, kommunale Raum zu nennen, der durch seinen konkreten Charakter kreative Potentiale entfalten könne. Durch „demokratische Experimente vor Ort“ könnten Veränderungen angestoßen werden, die neue Handlungskontexte außerhalb des uniformen Systems schaffen könnten. Als Beispiel führte er das [Gesundheitskollektiv Berlin](#) auf; ein integriertes Gesundheitszentrum, in dem Selbsthilfe-Akteur*innen mit verschiedenen Gesundheitsberufen kooperierten. Es empfehle sich über neue Kooperationen nachzudenken, zum Beispiel mit dem Öffentlichen

¹ Winter, Thomas von (2015): Starke als Fürsprecher von Schwachen? Verbände und Patienteninteressen in der Gesundheitspolitik. In: WSI-Mitteilungen: Zeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts der Hans-Böckler-Stiftung. Vol. 75.2022 (1). Baden-Baden: Nomos. S. 45-56.

Gesundheitsdienst, bei dem ein ähnliches „Mindset“ vorliege. Dieser habe nach siebzig Jahren Stagnation durch die Covid-Pandemie zudem bessere personelle Ressourcen erhalten. Insbesondere mit Akteur*innen aus dem Bereich Pflegeberufe könnten im Rahmen einer „Allianz schwacher Interessen“ gemeinsame Kampagnen für ein besseres Gesundheitssystem geplant werden.

Zusammengefasst braucht eine wirksame Vertretung von Patienteninteressen laut Benjamin Ewert eine Partizipation, „die

- mittels der Wahrnehmung vorhandener Beteiligungsrechte zeigt, dass „unverstellte“ Patientenperspektiven gesundheitspolitisch einen Unterschied machen
- nicht durch etablierte Akteure im Gesundheitswesen instrumentalisiert wird und konfliktfähig ist
- ein gutes Zusammenspiel von Partizipationsformen – Gremienvertretung, Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung mit anderen Akteuren – entwickelt
- auf mehr Raum für lokale Experimente und deren demokratische Prüfung drängt und so Felder und Akteure für Reformen vorbereiten hilft.“

Diskussion

Anschließend diskutierten die Workshop-Moderator*innen, der Referent und die Teilnehmenden vor Ort und im Livestream die Ergebnisse der Workshops und den inhaltlichen Input.



Abbildung 13: Podiumsteilnehmende

Auf die Frage von Dr. Sabine Schipper, wie er den Ist-Stand bewerte, entgegnete Gregor Bornes (Patientenbeteiligung NRW), dass das vorhandene Wissen von Patient*innen nicht ausreichend genutzt werde. An Claudia Middendorf (Patientenbeauftragte NRW) richtete Sabine Schipper den Gedanken, dass mehr Unterstützung durch die Politik für die Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung notwendig sei.



Abbildung 14: Prof. Dr. Benjamin Ewert (Hochschule Fulda)

Prof. Dr. Benjamin Ewert (Hochschule Fulda) hob nochmals die positive Entwicklung hervor, die die Patientenbeteiligung bisher erlebt habe. Sollte zukünftig ein Entscheidungsrecht für Patientenvertreter*innen ermöglicht werden, müsse man sich auch fragen, wie mit dem Votum auf der nächsthöheren Ebene umgegangen werde. Auf die Frage aus dem Plenum, ob die Universitäten ein Umdenken vermitteln würden und ihre Lehrpläne stärker an den Interessen der Patient*innen ausrichteten, entgegnete der Hochschulprofessor, dass Hebammen, Pflegeberufe und Selbsthilfe in den Studiengängen bereits sehr

patientenorientiert ausgebildet würden und die Studierenden wie auch die späteren Pflegekräfte häufig politisiert seien. Das Problem sei jedoch, dass es nicht ausreichend viele Studierende seien, um von einer Bewegung sprechen zu können.

Günter Hölling (Gesundheitsladen Bielefeld) ergänzte im Hinblick auf die Rolle der Patientenvertretung im Gesundheitswesen, dass es oft schwierig sei, Mitentscheidungsrechte einzufordern. In der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) kann die Patientenvertretung aber mitentscheiden. In Bielefeld etwa würden in der KGK Empfehlungen gut vorbereitet werden. So könnten Verwaltungsvorlagen mitgestaltet werden. Wenn die KGK bei den Abstimmungen geschlossen auftrete, sei die Chance groß, dass der Stadtrat entsprechend handle. Mit der Wirksamkeit komme auch das Selbstvertrauen.



Abbildung 15: Günter Hölling (Gesundheitsladen Bielefeld)

Dass die Patientenvertretung nicht alle möglichen Kanäle ausreichend ausschöpft, kritisierte eine Teilnehmende aus dem Publikum. Patientenfürsprecher*innen seien in den Krankenhäusern wenig frequentiert. Patient*innen müssten mutiger sein und auch Probleme benennen wollen.

Anne Kaiser (KOSKON NRW) stellte in Bezug auf die Frage, wie Patientenvertreter*innen gewonnen werden können, die Ergebnisse des aktuellen Freiwilligensurveys² vor: Demnach engagierten sich in Deutschland die Menschen sozial oder politisch, um anderen helfen zu können, dem Gemeinwohl zu dienen und soziale Kontakte auszubauen. Diese Motivationen sollten auch Handlungsgrundlage in den Gremien der Patientenvertretung sein. Dafür müssten die Gremien jedoch auch so gestaltet sein, dass die Motivationen durch die konkrete Tätigkeit abgedeckt werden können. Es brauche eine „Willkommenskultur“ in den Gremien der Patientenvertretung. Patient*innen und die Selbsthilfe müssten sich hierfür zusammentun und diese einfordern. Problematisch sei bei der Gewinnung von Patientenvertreter*innen, dass laut Freiwilligensurvey nur 2,6 Prozent



Abbildung 16: Anne Kaiser (KOSKON NRW)

² Simonson, Julia/ Nadiya Kelle/ Corinna Kausmann/ Clemens Tesch-Römer (2021): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2019. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Abrufbar auf https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Forschung/Publikationen%20Forschung/Freiwilliges_Engagement_in_Deutschland_-_der_Deutsche_Freiwilligensurvey_2019.pdf.

aller bis dato Engagierten in Deutschland sich politisch einbringen würden, das Potential für die Arbeit in politischen Gremien also vergleichsweise gering sei. Gleichzeitig würden jedoch 59 Prozent der bisher noch nicht Engagierten angeben, dass sie sich grundsätzlich vorstellen könnten sich zu beteiligen. Diese Zielgruppe sollte fokussiert werden.

Eine Teilnehmerin aus dem Publikum bewertete die Covid-Pandemie als Möglichkeit eines Neustarts sowohl für die Selbsthilfe als auch die Patientenbeteiligung: Jetzt bestehe die



Abbildung 17: Heike Trapphoff (SHK Rhein-Sieg-Kreis/Oberbergischer Kreis)

Möglichkeit, eine Zukunftsvision zu entwickeln, auf die man hinarbeiten könne. Wichtig sei hierbei, auf eine Sprache zu setzen, die verständlich ist und alle Menschen mitnimmt. Es lohne sich auch, neue Begriffe für die Selbsthilfe zu finden, da diese womöglich nicht mehr ausreichend positiv konnotiert sei. Es sollten nun neue Kontakte, z.B. zu den Studierenden aus den Pflegeberufen, erschlossen werden. **Heike Trapphoff** (Selbsthilfekontaktstellen Rhein-Sieg-Kreis/Oberbergischer Kreis) verwies in diesem Kontext bereits auf erste Erfolge: So müssten beispielsweise in Bonn die Medizinstudierenden einmal in ihrem Studium eine Selbsthilfegruppe besuchen. Wichtig seien auch Austauschtreffen mit Sozialdiensten. Es

helfe, wenn die Akteur*innen im Gesundheitswesen konkrete Gesichter vor Augen hätten, um stärker zu kooperieren.

Laut Anmerkung aus dem Publikum könne man aus der Jahrestagung viel Selbstvertrauen schöpfen. Die Entwicklung sei in der Tat positiv: Früher seien die Ärzt*innen die Götter in Weiß gewesen. Dieses Bild habe sich bei den Patient*innen gewandelt. Problematisch sei, dass die Ärzt*innen dies jedoch z.T. selbst noch nicht wüssten.

Auch die **Online-Teilnehmenden** äußerten sich rege über den Chat zu den behandelten Themen. Bei den Möglichkeiten, wie Patient*innen beteiligt werden können, sollten digitale Formate nicht außer Acht gelassen werden. Sabine Schipper ergänzte, dass man dabei jedoch nicht Formate in Präsenz vernachlässigen dürfe. Von einer anderen Online-Teilnehmerin hieß es, dass in den Krankenhäusern Hierarchien abgebaut werden müssten, um Patienteninteressen zu stärken. Anne Kaiser (KOSKON NRW) verwies in dem Zusammenhang auch auf die hierarchischen Strukturen der Patientenvertretung:



Abbildung 18: Jan Kaßner (Patientenbeteiligung NRW) übermittelte die Chat-Fragen in die Präsenz-Veranstaltung

Patient*innen und die Selbsthilfe würden häufig für politische Interessen von großen Organisationen instrumentalisiert. Teilweise seien die Interessen der Patient*innen und Organisationen jedoch nicht kompatibel, z.B. im Hinblick auf die wirtschaftlichen Interessen. Sabine Schipper (DMSG NRW) kritisierte in diesem Zusammenhang am Beispiel des Innovationsfonds, dass Patientenvertreter*innen häufig auf den letzten Metern unvorbereitet Anträge abnicken sollen, um diesen augenscheinlich mehr Legitimität zu verleihen. Dies dürfe nicht der Fall sein. Laut einer Online-Teilnehmerin leisteten die Selbsthilfe und die Patientenvertretung dadurch, dass sie ehrenamtlich Leistungen im Gesundheitssystem übernehmen, einen wichtigen Beitrag – dies müsse wertgeschätzt und honoriert werden.

Mit Blick auf die Stärkung schwacher Interessen äußerte sich **Gregor Bornes** (Patientenbeteiligung NRW) optimistisch: In NRW habe es einen Krankenhausstreik der Pflegekräfte gegeben, der erfolgreich verlief. Dabei hätten die Pflegekräfte nicht für mehr Geld gestreikt, sondern für Entlastung und mehr Pflegende, da durch die Notsituation in den Krankenhäusern Menschenleben gefährdet würden. Gleichzeitig äußerte er Bedenken wegen des teils paternalistischen Umgangs von Pflegekräften wie auch Ärzt*innen gegenüber den Patient*innen. Es herrsche eine „Kultur des Kümmerns“ bei Pflegenden mit ihren Vor- und Nachteilen. Benjamin Ewert (Hochschule Fulda) begründete die teils „gängelnde“ Art damit, dass die Hierarchien im Krankenhaus dies begünstigen würden: Ärzt*innen gängelten die Pflegekräfte, die dies wiederum an die Patient*innen weitergeben würden.



Abbildung 19: Sabine Schipper (DMSG NRW), Gregor Bornes (Patientenbeteiligung NRW)

Aus dem Publikum heraus konstatierte Workshop-Moderator Bernd Hoeber (Selbsthilfe-Akademie NRW), dass es keine strukturelle Patientenbewegung gebe. Die Aufbruchstimmung und das „Wir“ sei zwar inzwischen fest verankert, auch wenn nicht immer klar sei, wer zum „Wir“ dazugehöre, nun müsse es aber weitergehen. So fehle eine Patientenvereinigung, die aber schwierig zu realisieren sei, da Patienteninteressen sehr vielfältig seien und Ressourcen fehlten. Er benannte das PatientInnen-Netzwerk NRW als positive, erste Stufe. Es müsste geklärt werden, welche gemeinsamen Positionen vertreten werden können. Hier sei laut Anne Kaiser (KOSKON NRW) das gemeinsam entwickelte Papier zur Krankenhausplanung ein erster guter Schritt. Der Rahmen sei gesteckt, aber die Konkretisierung erweise sich als schwierig. Laut Bernd Hoeber müsse ein gemeinsames Thema gefunden werden, das alle betrifft. Hierbei ergänzte Jan Kaßner (Patientenbeteiligung NRW), das wichtig sei zu klären, wer hinter einer Position stehe: Wenn im Namen der Patient*innen gesprochen werde, müssten diese, z.B. via Befragungen, eingebunden werden, damit die Legitimation steige und der Druck durch viele Beteiligte erhöht werde. Anne Kaiser wies darauf hin, dass die Patientenstrukturen noch nicht so etabliert seien wie die Organisationen der Ärzt*innen und Krankenkassen, da diese bereits wesentlich länger existierten. Günter Hölling (Gesundheitsladen Bielefeld) problematisierte in diesem Kontext, dass sich Patient*innen nur vorübergehend im Krankenhaus aufhielten und es daher schwierig sei, die Interessen langfristig zu organisieren. Änderungen könne man erst erwarten, wenn der Druck groß genug sei. Aufgrund der angespannten Lage im Gesundheitswesen prognostizierte er eine Akutsituation im kommenden Jahr. Die Bewegung müsse laut Gregor Bornes von unten getragen werden, da die Verbandsstrukturen häufig festgefahren seien.

Ausblick

Die Ergebnisse der Jahrestagung inklusive der Resultate der Regionalkonferenzen werden genutzt, um insbesondere die kommunale Patientenvertretung im kommenden Jahr zu stärken. So wird durch die Koordinierungs- und Vernetzungsstelle Patientenbeteiligung NRW ein Leitfaden für Interessierte und Unterstützer*innen in der kommunalen Patientenvertretung konzipiert, der frei verfügbar sein soll. Das Konzept der Regionalkonferenzen wird verstetigt: So ist geplant, für 2023 neben Vor-Ort-Veranstaltungen auch digitale Austauschformate in den Regierungsbezirken anzubieten. Über die Ergebnisse der Austauschtreffen informiert die Koordinierungs- und Vernetzungsstelle über ihre Website, den Newsletter, den Mail-Verteiler sowie den Facebook-Kanal.

Kontakt

Koordinierung und Vernetzung der Patientenbeteiligung in NRW

c/o gesundheitsladen köln e.V.

Steinkopfstraße 2

51065 Köln

Mail: nrw@patientenbeteiligung.de

Telefon: 0221-2762962

Mobil: 0152-53548880

Website: <https://www.patientenbeteiligung.de/nw/>

Newsletter: <https://www.patientenbeteiligung.de/nw/aktuelles/newsletter/>

Facebook: <https://www.facebook.com/Patientenbeteiligung-in-NRW-100363752404364>

Anhang

Workshop I: Themen kommunaler Patientenvertretung

- Krankenhaus Entlassmanagement (Case Management)
- (Fach-)Ärzte- und Psychotherapeutenmangel
- Einsamkeit / Versorgung und Vernetzung
- Barrierefreiheit im Gesundheitswesen
- Vernetzung im Gesundheitswesen unter Einbeziehung der Selbsthilfe
- *Themenspeicher: Veränderungen Pflege- und Versorgungslandschaft*

16

Abbildung 20: Ergebnisse Workshop I

Persönliche Voraussetzungen

Persönliche Voraussetzung	Gesamt
Gesundes Selbstvertrauen, um sich über Fehlentwicklungen empören zu können und eigene Positionen durchzusetzen	10
Teamorientiertes Arbeiten: Patient*inneninteressen vertritt man nicht alleine!	10
Wissen über Gremienzusammensetzung etc.	10
Groß denken können: nicht nur die eigene Betroffenheit thematisieren	9
Eigene Positionen klar haben	9

18

Abbildung 21: Ergebnisse Workshop II (1)

Unterstützende Rahmenbedingungen

Unterstützende Rahmenbedingung	Gesamt
Kenntnis der Beteiligungsrechte in den verschiedenen Gremien	11
Kommunale Gesundheitskonferenzen und Konferenzen Alter und Pflege getrennt organisieren: Zusammenlegung mancherorts führte zu begrenzten zeitlichen Möglichkeiten für die Themen	10
Kultur des Miteinanders in der Patientenbeteiligung	10
Ehrenamtszuschalen und Fahrtkostenerstattungen	9
„Kümmerer“, die als direkte Ansprechpartner*innen für die Patientenvertreter*innen benannt werden und im Idealfall bereits aktive Patientenvertreter*innen sind.	9

19

Abbildung 22: Ergebnisse Workshop II (2)

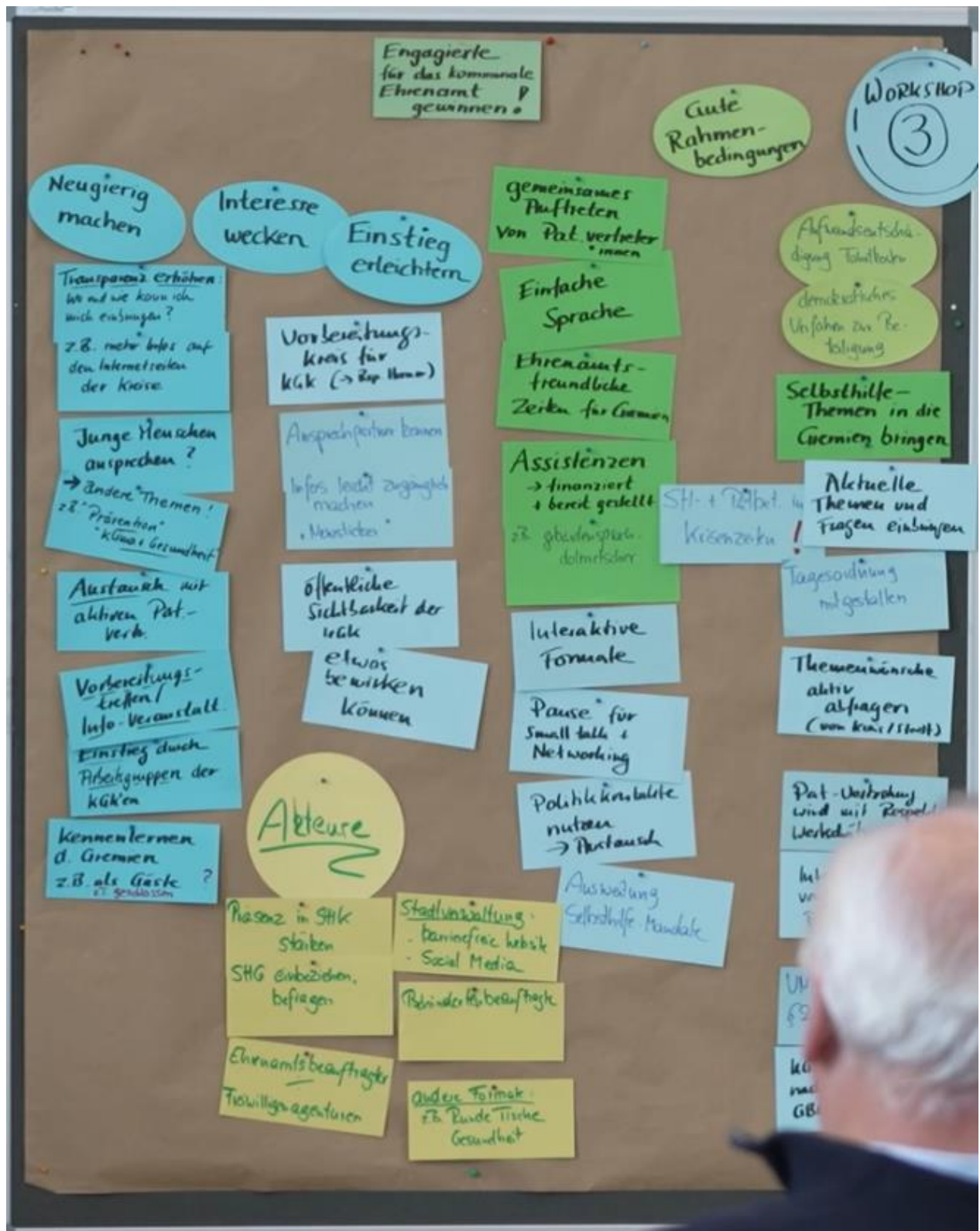


Abbildung 23: Ergebnisse Workshop III



Abbildung 24: Ergebnisse Workshop IV (1)



Abbildung 25: Ergebnisse Workshop IV (2)